

健康保険 被保険者 所属 選択 届
二 以上 事業 所 勤務

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和	年	月	日	個人番号												
	(氏)		(名)	7.平成															

事業所	事業所記号	事業所名称	取得	被保険者資格 得喪年月日			報酬月額		※		
	番号	事業所所在地		喪失	年	月	日	通貨による報酬	円	標準報酬月額	
選 択 事業所			取得	昭・平・令	年	月	日	通貨による報酬	円	千円	
			喪失	昭・平・令	年	月	日	現物による報酬	円		
		東京アパレル健康保険組合						合 計	円		
非選択 事業所			取得	昭・平・令	年	月	日	通貨による報酬	円	/	
			喪失	昭・平・令	年	月	日	現物による報酬	円		
								合 計	円		
				取得	昭・平・令	年	月	日	通貨による報酬		円
				喪失	昭・平・令	年	月	日	現物による報酬		円
								合 計	円		

令和 年 月 日提出

 受付日付印

被保険者 印

住 所

氏 名

電話番号

- ※ 非選択事業所の「健康保険 被保険者資格取得届」も併せてご提出ください。
- ※ 日本年金機構発行の二以上事業所勤務被保険者決定及び標準報酬決定通知書の写しを添付してください。